



SALUT MENTAL I GÈNERE

Les desigualtats a la salut mental entre homes i dones



COMISSIÓ D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Dra. Assumpta Rigol
Dra. Dolors Rodríguez
Prof. Elena Maestre



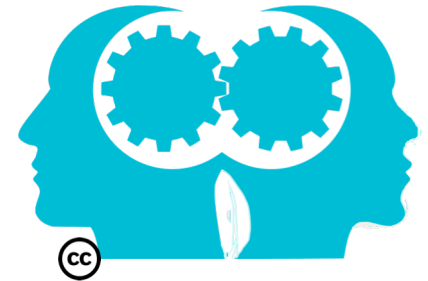
COMISSIÓ D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT



Perquè incorporar la perspectiva gènere a la salut/salut mental?

- ▶ Salut de dones i homes és diferent i desigual.
- ▶ Diferent perquè hi han factors biològics (genètics, hereditaris, fisiològics, etc.) que es manifesten de forma diferent en la salut i en els riscos d'emmalaltir i que sovint continuen invisibles per les Ciències de la Salut.
- ▶ Desigual perquè hi ha altres factors, que en part són explicats pel gènere, i influeixen d'una manera injusta en la salut de las persones.

Les desigualtats a la Salut



- ▶ Desigualtats de salut entre homes i dones → Part integrant de les desigualtats socials.
- ▶ **Desigualtat** → oportunitats diferents per gaudir de salut al condicionar la mortalitat, vulnerabilitat, càrrega de malaltia i accés a la qualitat de l'**atenció** sanitària.
- ▶ Diferències en l'estat salut de dones/homes transcendeixen a les diferències biològiques que són construïdes socialment.

Perquè incorporar la perspectiva gènere a la salut/salut mental?

- ▶ Enfoc integrat de gènere → cerca l'equitat en salut entre homes i dones per que tinguin les mateixes oportunitats, pel ple desenvolupament de la salut i per eliminar desigualtats evitables socialment construïdes i suprimir factors que les determinen.

Perquè incorporar la perspectiva gènere a la salut/salut mental?

- ▶ L'anàlisi de salut que no integri la perspectiva de gènere, **no** pot donar lloc a un resultat real: alguns estudis produeixen **resultats esbiaixats** amb conseqüències negatives per la salut de les dones.

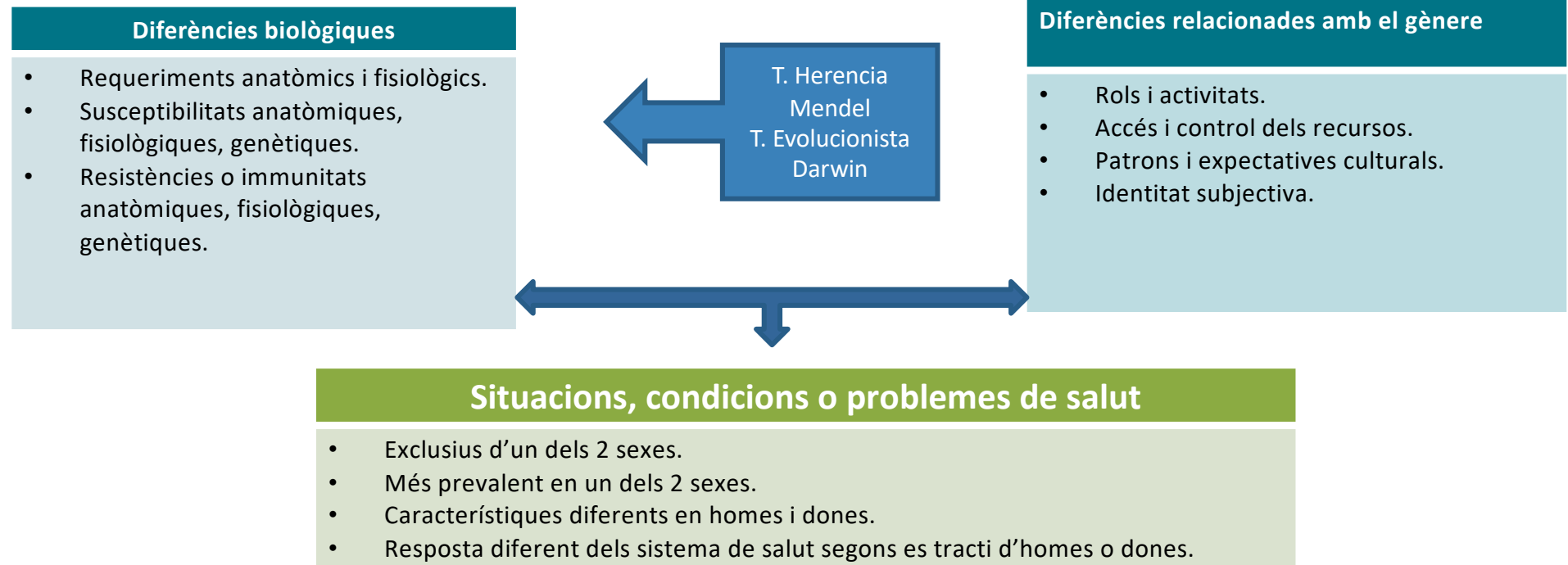
Perquè incorporar la perspectiva gènere a la salut/salut mental?

- ▶ Enfocament de gènere: una de les dimensions de la desigualtat social és la relació entre dones i homes, juntament amb altres com són: classe social, ètnia, residència o edat → depenen de circumstàncies històriques, lloc i moment particular.
- ▶ Utilització d'aquest enfoc enriqueix els marcs explicatius del procés salut-malaltia.
- ▶ Incorporació perspectiva de gènere en plans estratègics de salut, guies clíniques i manuals diagnòstic- terapèutics.
- ▶ S'incorpora la perspectiva de gènere com **mida clau** per augmentar la validesa.

Perquè incorporar la perspectiva gènere a la salut/salut mental?

- ▶ Estudis de gènere tracten de visibilitzar l'impacte sobre la salut física i psíquica degut als rols i activitats no valorats, que poden generar carències, limitant oportunitats de desenvolupament personal.
- ▶ Perspectiva **androcèntrica**: Anàlisi de salut que exclou a les dones dels estudis d'investigació i assajos clínics o atribueixen les mateixes característiques del sexe masculí en la definició dels problemes de salut que les afecten, suposant riscos per la salut de les dones.

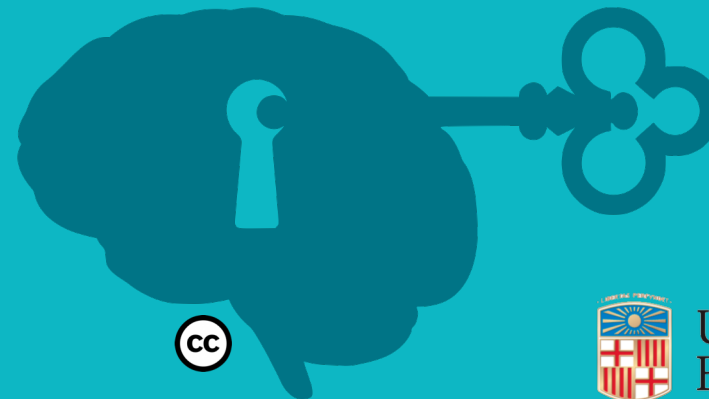
Origen de les diferències en el procés salut/malaltia (OPS, 2004)



Conceptes Clau



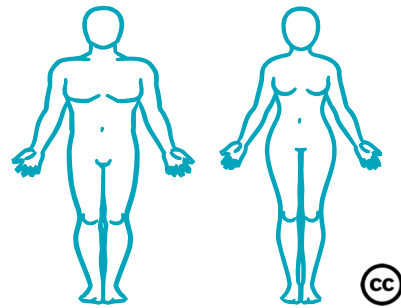
COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

SEXE

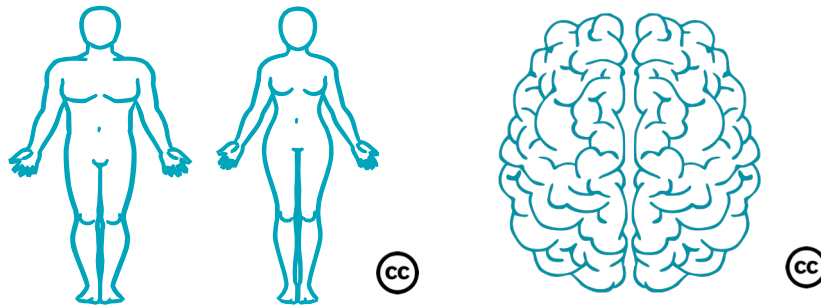


Sexe i gènere no són sinònims.

Sexe: concepte que fa referència al dimorfisme sexual i és de substrat biològic.

- ▷ Categories sexuals inclouen: home, dona, intersexual.
- ▷ S'ha utilitzat per designar diferències físiques, anatòmiques i fisiològiques entre dones i homes.
- ▷ Amb independència del sexe, les persones poden viure i manifestar-se com éssers masculins, femenins, andrògins o indiferenciats, sense que es pugui inferir a priori indicis de disfuncionalitat.

GÈNERE



Gènere: a partir del sexe biològic es conceptualitza el **FET DE SER DONA** i el **FET DE SER HOME**. Aquesta conceptualització és socio-cultural.

- ▶ Es refereix als conceptes socials de les funcions, comportaments, activitats i atributs que cada societat considera apropiades per homes i dones.
- ▶ El gènere s'expressa a les relacions socials, als rols, a les expectatives, a les atribucions i està lligat a un temps i una cultura.
- ▶ Aquestes diferències poden generar desigualtats entre homes i dones que afavoreixen sistemàticament a un dels dos grups.
- ▶ Aquestes desigualtats poden crear iniquitats entre homes i dones tant al seu estat de salut com a l'accés a l'atenció sanitària. (OMS)

BIAIXOS DE GÈNERE: ANDROCENTRISME

- ▶ Salut de les dones: vista, interpretada i resolta des d'una visió androcèntrica del cos.
- ▶ Repercussions en la investigació en salut: homes i les seves experiències i problemes → son la **norma** amb la que les dones són valorades.
- ▶ Rols que la societat atribueix → pot agreujar desigualtats.
- ▶ Major prevalença de trastorns mentals en la dona → major sensibilitat al malestar, pel que pot expressar obertament símptomes i queixes i major grau d'autoobservació.
- ▶ Tendència a definir-se més com a malaltes.

BIAIXOS DE GÈNERE: ANDROCENTRISME

- ▶ Les demandes i queixes de les dones a l'assistència sanitària s'han considerat en un 25% dels casos com psicossomàtiques en primera consulta, abans de realitzar qualsevol exploració.
- ▶ A l'avaluació de queixes masculines similars a les dones → les demandes són considerades més “series” (dolor precordial, intent de suïcidi, dolor lumbar).
- ▶ En primera consulta és molt més probable que s'administren psicofàrmacs a les dones que als homes

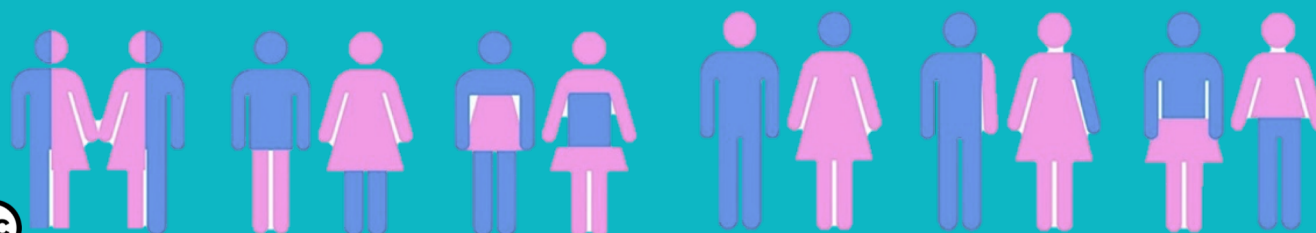
BIAIXOS DE GÈNERE: ANDROCENTRISME

- ▶ **Ginòpia:** invisibilització de les dones a la recerca que es manifesta en la infrarepresentació o exclusió en temàtiques, espais o problemes considerats tradicionalment com a masculins.
- ▶ Acceptació, justificació i legitimització de la dominació i consideració de les dones com a grups subordinats i dependents.
- ▶ Aquest biaix es pot materialitzar en la selecció de les variables d'estudi (*cap de família, classe social: la del marit*).



COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT

Desigualtats de gènere en salut



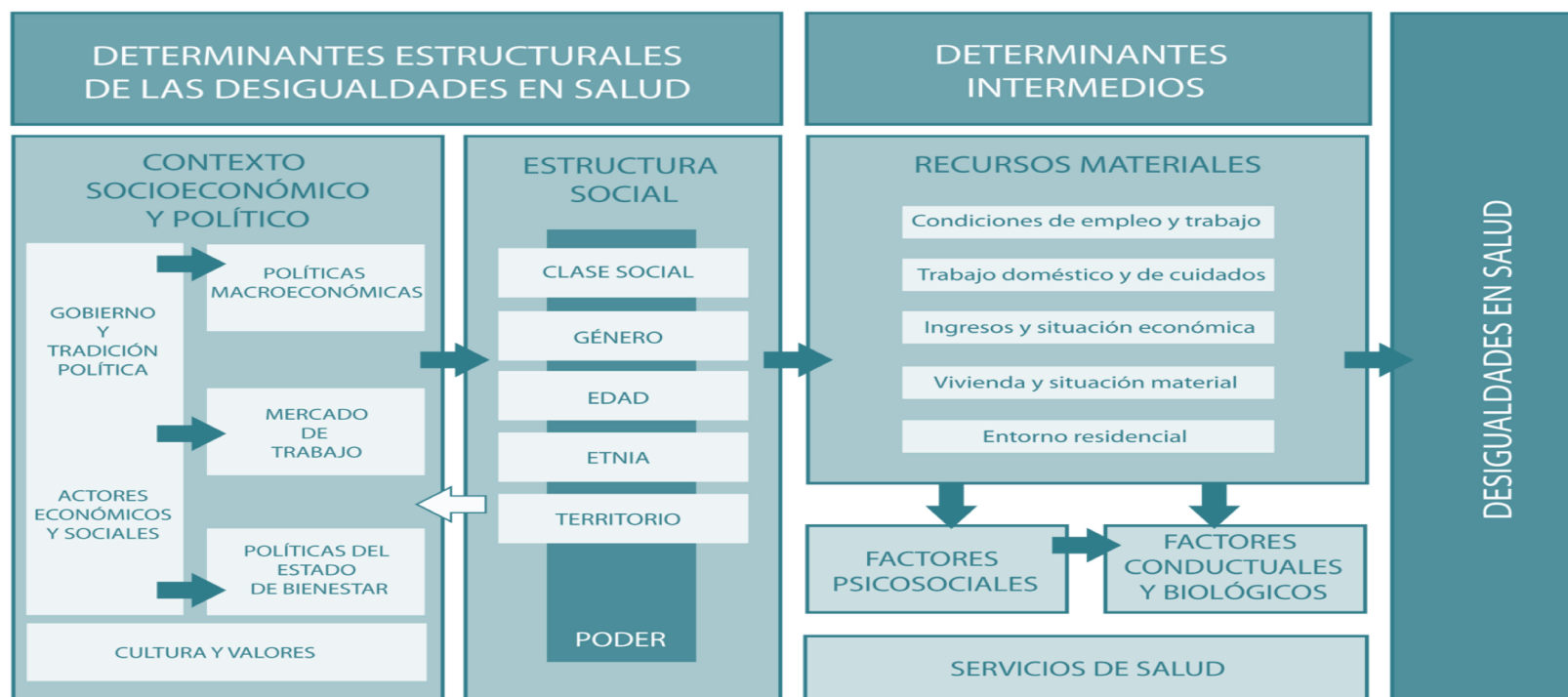
UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Desigualtats de gènere en salut

- ▶ Investigacions i estudis ➡ dones i homes emmalalteixen i moren per causes diferents.
- ▶ Els estudis de gènere tracten de visibilitzar l'impacte en la salut física i psíquica dels rols i activitats no valorats, que poden generar carències, limitant oportunitats de desenvolupament personal.
- ▶ Perspectiva **androcèntrica**: l'anàlisi de salut exclou dones dels estudis d'investigació i assajos clínics o atribueix mateixes característiques del sexe masculí en la definició dels problemes de salut que les afecten:
 - Les dones pateixen més efectes adversos dels fàrmacs per l'exclusió als assajos clínics realitzats en homes.
 - La fisiologia femenina degut als cicles menstruals, embarassos, lactància, menopausa, anticonceptius, hormonals o tractaments hormonals substitutius afecten a la manera de dirigir aquests psicofàrmacs.

Desigualtats de gènere en salut



Extret de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010: 19) i els/les autors/es el basen en Solar i Irwin (2007) i Navarro (2004).

Desigualtats de gènere en salut

- ▶ A més de factors biològics lligats al sexe s'han de considerar factors socials:
 - Patrons de socialització, rols familiars, obligacions, expectatives laborals i tipus d'ocupació que freqüentment generen situacions de sobrecàrrega física i emocional en les dones i tenen una marcada influència en la salut, que justificaria la major morbiditat per trastorns crònics.
 - El reconeixement de la importància de l'impacte del treball domèstic i les condicions en que es realitza, és fonamental per entendre les desigualtats en salut entre homes i dones.

Desigualtats de gènere en salut

- ▶ **Morbiditat femenina diferencial:** conjunt de malalties, motius de consulta o factors de risc que mereixen una atenció específica cap a les dones, bé perquè solament elles presenten aquests problemes o perquè són més freqüents al sexe femení.

Desigualtats de gènere en salut

OMS, febrero 2009

- ▶ Dones: major esperança de vida que homes en la majoria països (factors sanitaris i socials es combinen per fer que la qualitat de vida de les dones sigui inferior).
- ▶ Les desigualtats d'accés a la informació, atenció i pràctiques sanitàries bàsiques, augmenten els risc per la salut de les dones

Desigualtats de gènere en salut

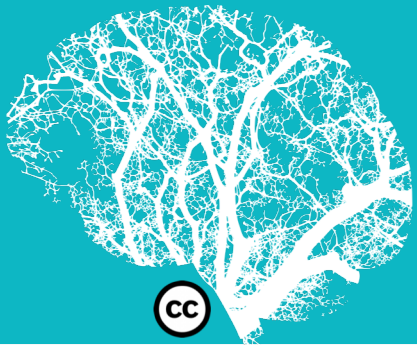
- ▶ **Climateri:** interpretat com declivi i pèrdua de feminitat, però molts dels malestars es deuen al procés de la socialització de gènere i no als canvis biològics.
- ▶ Molts símptomes del climateri estan vinculats a l'esfera emocional – depressió, ansietat, irritabilitat- més associats amb relacions de subordinació de gènere al medi familiar, parella, laboral, que amb l'ajust biològic i neuroendocrí propi del climateri.

Desigualtats de gènere en salut

Informe “Salud y Género” (Observatorio de Salud de la Mujer, 2006).

- ▶ Tant per homes com per dones la conjugació dicotòmica de socialitzar-se en models tradicionals i contemporànies de gènere té conseqüències importants per a la salut.
- ▶ **Dones:** sobrecàrrega de la cura, treball reproductiu i no remunerat, situacions de subordinació, dependència, abusos, maltractaments i violència de gènere, així com doble i triple jornada laboral. Model d'èxit social i personal vertebrat per la competitivitat. L'ideal corporal modèlic i eterna joventut, poden explicar que es sentin amb pitjor salut i tinguin menys expectatives de vida saludable.
- ▶ **Homes:** la demostració de fortalesa, el manteniment de relacions de poder i l'ideal d'èxit i competitivitat, són explicatius també dels modus de viure i emmalaltir.

Les salut mental també és qüestió de gènere



COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Aspectes històrics

- ▶ Al s. XIX el cos femení era reduït exclusivament a la maternitat. A la dona se la suposava dèbil i predisposada a patir trastorns mentals.
- ▶ Tractaments vexatoris com: massatges pèlvics (estimulació manual genitals fins arribar a l'orgasme); extirpació òrgans reproductius femenins; etc.
- ▶ Mentre les conductes anormals realitzades per un home no donaven sospita de malaltia mental, les realitzades per una dona eren patologitzades.

Prevalença diferencial dels trastorns mentals

- ▶ Gran part del pes de la cura es distribueix de manera desigual entre dones i homes. La sobrecàrrega de funcions té efectes perjudicials en la salut de les dones.
- ▶ Manca de recursos comunitaris i suport per persones diagnosticades d'algun trastorn mental, requereix sobreesforç per part de la família, recaient en més de **2/3** parts en les dones que compatibilitzen la tasca de cuidadora amb altres responsabilitats (com el cas de mares, germanes, esposes, etc.).

Prevalença diferencial dels trastorns mentals

- ▷ S'estima que més del 80% dels pacients mentals crònics conviuen amb la família d'origen, percentatge molt per sobre d'altres països europeus.
- ▷ Aproximadament un 15% dels cuidadors/es presenten problemes físics vinculats al fet de cuidar i una morbiditat psiquiàtrica general molt superior (gairebé el doble) que per a la resta de la població.

Prevalença diferencial dels trastorns mentals

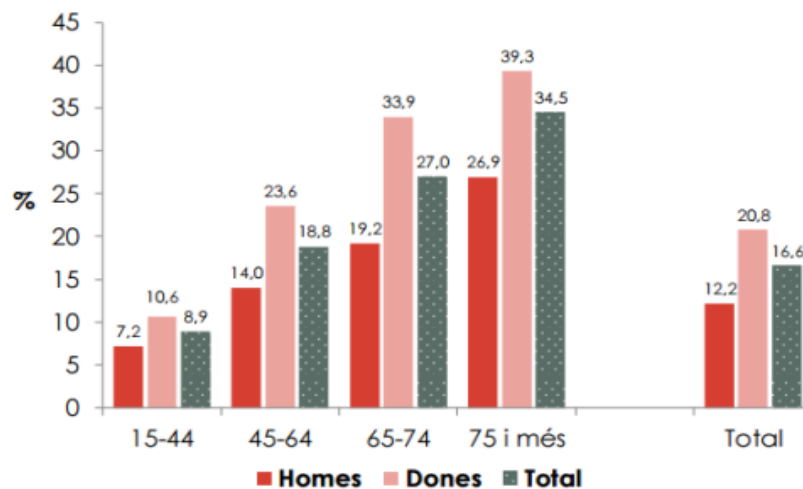
- ▶ Possibilitat rebre un diagnòstic que apunti a quelcom de caire psicosomàtic: 25% més alta en dones i és possible que no se li ofereixen proves diagnòstiques davant el mateix símptoma en un primer moment.
- ▶ Davant simptomatologia que denota cansament, malestar general i dolor a les cames, les dones reben sovint un diagnòstic de depressió per una situació que podria correspondre a anèmia per manca de ferro.

Prevalença diferencial dels trastorns mentals

- ▶ Les possibilitats de rebre medicació antidepressiva en la primera visita molt més altes en dones i no sempre suficientment justificades des de la vessant diagnòstica (major consum psicofàrmacs, antidepressius, hipnòtics, adicions a drogues lícites com benzodiazepines, major índex d'automedicació).
- ▶ Manca d'estudis pel que fa a farmacocinètica i sobretot, manca de resposta diferencial.
- ▶ Diferències en l'absorció i eliminació dels fàrmacs en homes i dones. No troben el seu correlat en una dosi diferent, generant més efectes adversos en el cas de les dones amb un mecanisme d'eliminació més lent.

Prevalença diferencial dels trastorns mentals

Figura 28. Percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

- ▶ CSMA i CAP, majoria de consultes provenen de dones (síntomes psicossomàtics, autoestima baixa, Tr. de la son, ansietat, ...) i major cronificació i medicalització de la vida quotidiana.
- ▶ Cartera de serveis, és també habitual que aquesta no es trobi adaptada a les necessitats de la dona (Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2013).

Prevalença diferencial dels trastorns mentals

- ▶ OMS: Trastorns depressius → 41, 9% dels casos de discapacitat degut a trastorns neuropsiquiàtrics entre les dones i 29,3% entre els homes.
- ▶ Principals problemes de salut mental de la tercera edat: depressió, síndromes orgànics cerebrals i demència: la majoria són dones.

Prevalença diferencial dels trastorns mentals

“Informe de Salud 2016 y Género” Departament de Salut (2017)

- ▶ El 16,6% de la població pateixen problemes d'ansietat o depressió el percentatge en el cas de les dones és del 20,8% i en els homes del 12,2%.
- ▶ La depressió, la fibromiàlgia, la fatiga crònica, les temptatives de suïcidi, els trastorns límits de la personalitat o els problemes alimentaris afecten majoritàriament a les dones.
- ▶ Depressió postpart és el trastorn mental matern més freqüent i afecta a la relació amb el nadó. S'estima que la pateixen un 15% de les mares recents.

Dades: suïcidi

- ▶ Europa es suïciden 4,9 dones x cada 100.000 habitants i 20 homes, més del quàdruple.
- ▶ Amèrica 2,7 dones i 9,8 homes.
- ▶ Normes de la masculinitat funcionen a través de expectatives socials i d'autoconcepte.



- ▶ Aquestes normes dicten que homes sempre tenen que ser forts, racionals, dominants, autònoms, independents, actius, competitius, poderosos, invulnerables, positius, etc.

Dades: suïcidi i normes de masculinitat

- ▶ Les emocions com la tristor, ansietat, impotència, incertesa o indecisió han de ser controlades i compensades.
- ▶ Estàndards masculins no realistes → els homes tendeixen a lidiar amb conflictes emocionals internalitzant-los amb hiperactivitat al treball, fent esport, veient TV, internet, consumint alcohol de forma additiva, o conduint de manera perillosa per disminuir ansietat i mantenir la façana masculina.
- ▶ Buscar ajuda es veu com indicador de la falta de masculinitat → molts homes pensen que tenen que resoldre els seus problemes per ells mateixos i no parlen del que senten.

Addiccions

- ▷ Dificultats específiques afegides que presenten les dones amb drogodependència:
 - Rols de gènere: factor de protecció en l'inici del consum, però factor de risc per l'arribada al tractament.
 - Major deteriorament a l'arribar a tractament (psico/socio/salut)
 - Tractament no específic: recorreguts que no contemplen, per ex. possible situació de violència i presència de fills/es, que fan impossible abordar l'addicció en un dispositiu de la xarxa.
 - Major judici i penalització familiar amb dona drogodependent. Menor suport.

Addiccions

- ▶ Pels rols de gènere atribuïts a la mare amb fills: Incompatibilitat de tractament i fer-se càrrec dels fills/es.
- ▶ Valoració del seu paper com a mares. Fre en els tractaments, per les seves parelles.
- ▶ Prostitució, com a via d'aconseguir diners: estigma, baixa autoestima, major risc d'MTS.

Addiccions

- ▶ Estudis realitzats en pacients amb patologia dual: esquizofrènia més freqüent en homes (57,7% vs 38%, $p<0,01$)
- ▶ Trastorns afectius més freqüent en dones (16,55% vs 10,2%; $p<0,01$)
- ▶ Policonsum: més homes que dones (66,5% homes vs 47,1% dones, $p<0,002$)
- ▶ Es diagnostica més d'histèria o de trastorn histriònic de la personalitat a dones
- ▶ Més facilitat per relacionar-se i histèria és fonamentalment relacional

La salut mental a la infància i adolescència



COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Trastorns mentals infància i adolescència

- ▶ Entre el 2012 i el 2016, prevalença problemes de salut mental va passar del 5,3% al 12,3% entre les noies que estudiaven 4t d'ESO, i del **6,7%** al **10,5** entre les que cursaven 2n de Batxillerat.
- ▶ En el cas dels nois, passen del **6** al **9,7%** en els més joves i del **5,4** al **6%** en els més grans.

Trastorn de deficit per atenció i hiperactivitat (TDH)

- ▶ Trastorn més freqüent en infància/adolescència, amb una mitjana de 6,8% de la població entre 3 i 17 anys.
- ▶ Més freqüent sexe masculí amb una proporció aproximada de 2:1.
- ▶ Nens diagnosticats més freqüència de trastorn negativista desafiant, trastorns de conducta i depressió major.
- ▶ Nenes amb TDAH menys agressives i impulsives i presenten menors símptomes de trastorns de conducta i més risc de patir trastorns d'ansietat.

Risc salut mental: Sexualització de la imatge nenes/dones

- ▶ Consolidació Societat de la imatge i aparences, generen nou model de identitat femenina infantil, associada a indústria de la bellesa i reflectida als continguts dels mitjans de comunicació de masses que consumeixen: **la bellesa actua com mecanisme bàsic de socialització i assignació.**
- ▶ Aporten un model de dona que respon a l'arquetip de feminitat patriarcal: dona consumista que té cura constant de la seva imatge per adaptar-la al cànon de bellesa ideal i utilitza l'atractiu per ser centre d'atenció.

Sexualització imatge nenes/dones

▷ Associació de Psicologia Americana (APA) advertia en un estudi 2008:

Problemes que pot provocar l'objectivització sexual de les nenes de la cultura popular en el seu desenvolupament futur → major risc de patir trastorns alimentaris, però també abusos sexuals, a més d'insatisfacció sexual i corporal o baixa autoestima i abusos de cirurgia estètica.



COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT

Estigma i salut mental



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Estigma relacionat amb el trastorn mental

Estudi “Estigma i discriminació en salut mental a Catalunya” Obertament (2016)

- ▶ Estudi percepció de l'estigma de Catalunya detecta percentatges més elevats d'experiència de discriminació en les dones: tracte injust, burles i insults, sobreprotecció i intromissió, que agreugen l'estigma que pateixen dones que han passat o passen per un problema de salut mental.
- ▶ Fenomen de l'ocultació del fet de tenir un Trastorn de salut mental és dóna més en dones que en homes.

Estigma relacionat amb el trastorn mental

Estudi “Estigma i discriminació en salut mental a Catalunya” Obertament (2016)

- ▶ Aquesta situació ha aparegut a la vida del 56,2 % de les dones, mentre que en els homes el percentatge disminueix fins al 44,8 %.
- ▶ El diferencial més significatiu es dona en comparar l'experiència dels homes i dones de menys de 30 anys. En el cas dels homes, el 36 % ha patit tracte injust; mentre que, **en el cas de les dones, la xifra s'enfila fins al 64,3 %.**

Estigma relacionat amb el trastorn mental

- ▶ **El doble estigma:** Estereotips als que s'enfronten les dones per haver passat per un trastorn mental → pateixen discriminació tant pel seu sexe com pel seu trastorn.
- ▶ Les dones s'enfronten a més determinants de salut mental negatius, com pot ser violència de gènere o influència dels mitjans de comunicació que mostren a dones volubles i amb personalitats complicades o histriòniques.

Estigma relacionat amb el trastorn mental

- ▶ Socialment les dones tenen menor credibilitat que els homes, més tendència a suportar situacions de desigualtat, menys probabilitats de defensa, menys accés a la informació i menys autoestima, entre d'altres dificultats afegides al trastorn.
- ▶ El mateix passa en el cas de la sobreprotecció de l'entorn que pot impulsar a les dones amb problemes de salut mental a quedar-se a casa.



COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT

Violència Masclista



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Violència Masclista

La violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat. (Llei 5/2008).

Violència Masclista

- ▶ Factor de risc de trastorns mentals ➡ major incidència de depressió, addiccions a tòxics, actes autodestructius i intents de suïcidi.
- ▶ Es calcula que el 60% de les dones que pateixen v. masclista tenen problemes psicològics moderats o greus.

Formes de violència masclista

Violència masclista sobre la dona pot ser exercida, de manera puntual o reiterada, d'alguna de les formes següents:

- ▶ **Violència física:** és qualsevol acte o omisió de força amb resultat o risc de produir una lesió física o un dany.
- ▶ **Violència psicològica/emocional:** és tota conducta o omisió intencional que produeixi una desvaloració o un patiment per mitjà d'amenaques, humiliació, vexacions, insults, entre d'altres.
- ▶ **Violència sexual i abusos sexuals:** és qualsevol acte de naturalesa sexual no consentit per les dones amb independència que la persona agressora pugui tenir amb la dona una relació conjugal, de parella, afectiva o de parentiu.
- ▶ **Violència econòmica:** és la privació intencionada i no justificada de recursos i la limitació en la disposició dels recursos propis o compartits en l'àmbit familiar o de parella.

Conseqüències sobre la salut i la salut mental

Estudi Multipaís, OMS (2005)

- ▶ La VM és un element bàsic de deteriorament de la salut ja que les agressions físiques, psicològiques i sexuals són pèrdues -de vegades irreversibles- en totes les esferes de la vida de les dones.
- ▶ Els problemes de salut recent estaven relacionats amb experiències de violència al llarg de la vida. Això suggereix que els efectes físics de la VM poden persistir molt després de que l'experiència violenta hagi finalitzat, o que el maltracte acumulat afecta a la salut en gran mesura.

Conseqüències sobre la salut i la salut mental

Estudi Multipaís, OMS (2005)

- ▶ És comú que dones d'arreu del món que han estat víctimes VM per part de la seva parella tinguin problemes de salut mental, angoixa emocional i comportaments suïcides.
- ▶ Les dones que havien patit violència alguna vegada i que havien patit violència física o sexual o ambdues, per part de la seva parella, registraven nivells considerablement més alts d'angoixa emocional en comparació amb aquelles que no havien estat víctimes de VM.

Conseqüències sobre la salut i la salut mental

Estudi Multipaís, OMS (2005)

- ▶ La ideació suïcida és molt superior en dones que han patit VM en comparació amb les que no l'han patit.
- ▶ La temptativa suïcida és molt superior en dones que han patit VM en comparació amb les que no l'han patit.

Conseqüències sobre la salut i la salut mental

Nombrosos estudis posen de manifest les conseqüències de la violència masclista en la salut mental de les dones

Destaquen:

- ▷ Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT),
- ▷ Crisis d'ansietat, fòbies, trastorns obsessiu-compulsius,
- ▷ Trastorns de somatització,
- ▷ Insomni,
- ▷ Dolor crònic
- ▷ Risc de suïcidi com a principals problemes de salut mental derivats de les situacions de violència viscudes.



COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT

La classificació dels trastorns mentals (DSM)



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Escola d'Infermeria

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Veus crítiques amb la taxonomia

- ▶ Associacions de persones “trans”, defensors/es drets Civils, professionals i acadèmics:
 - Diagnòstic psiquiàtric que proporciona el terreny per la discriminació i l'estigma social.
 - DSM opera com eina de control social i legitimació del sistema de sexe/gènere al presentar-la com una anormalitat patològica que tan sols ateny a la persona afectada i als professionals encarregats de tractar-la.

Veus crítiques amb la taxonomia

- ▶ Pressió internacional per que transsexualitat es retiri del DSM, així com del CIE.
- ▶ Parlament Europeu al 2011 exigeix: “despsiquiatrització de la vivència transsexual i transgènere i garanteixi reclassificació com trastorns no patològics”.
- ▶ Parlament de Catalunya al juny 2012: inclou en una declaració institucional la necessitat en el procés de revisió edició de la CIE (2018) en que s’exclogui transexualisme del catàleg de malalties mentals.

Les classificacions de "gènere" en psiquiatria: DSM

- ▶ **1952:** 1ª classificació de malalties mentals → homosexuals considerats malats mentals que patien una desviació sexual vinculada a una alteració psicopàtica de la personalitat.
- ▶ **Anys 70:** Moviments homosexuals pels drets civils: qüestionen classificació.
- ▶ **1973-74:** Força política d'aquests grups aconseguix que l'APA l'elimini. Desapareix com trastorn mental però es transforma en "perturbació de l'orientació sexual".

Les classificacions de "gènere" en psiquiatria: DSM

- ▷ **1980:** Substitueix categoria per "homosexualitat egodistònica".
- ▷ **1987:** DSM-III elimina aquest concepte per considerar que el patiment és producte de l'homofòbia social i no de la condició homosexual. Es patologitza el desig homoeròtic i la identificació de gènere creuada: "*pertorbació de l'orientació sexual*" i "trastorn de la identitat de gènere" (TIG).

Les classificacions de "gènere" en psiquiatria: DSM

- ▷ **1980 (DSM III):** Tipificació transsexualitat com trastorn mental:
 - Serveix de fonament pel cost teràpia de modificació corporal (tractament hormonal i cirurgies de reassignació sexual) → assumit per asseguradores o sistemes sanitaris públics."
- ▷ **DSM-IV:** inclou en "trastorns sexuals i de la identitat sexual":
 - Disfuncions sexuals: ejaculació precoç o el desig sexual hipoactiu.
 - Parafílies: fetitxisme o exhibicionisme.
 - Trastorns de la identitat de gènere: inclou TIG i trastorn sexual no especificat.

Les classificacions de "gènere" en psiquiatria: DSM

- ▶ **DSM-5:** canvi terminològic → "disfòria de gènere", argumenta que "incongruència de gènere" es una categoria "que podria aplicar-se erròniament a persones amb conductes de gènere atípiques però que, no tenen cap problema de identitat de gènere".

L'ús de "gènere" i "sexe a la taxonomia: DSM-V

- ▷ Traducció espanyol: ús del terme "sexe" conflictiu.
- ▷ Edició original anglès DSM-V: ús generalitzat terme "gènere" (*gender*) per:
 - Criteri A.4 edició original: *"A strong desire to be of the other gender [...]"* (APA 2013b: 452).
 - Expressions com: *"experienced/expressed gender"*, *"assigned gender"* o *"some alternative gender"*.
- ▷ Criteris de l'edició espanyola:
 - Els traductors substitueixen "gènere" per "sexe".



COMISSIO D'IGUALTAT FACULTAT
DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA
SALUT

Bibliografia



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Escola d'Infermeria

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Bibliografia

- ▶ American Psychiatric Association (2017) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub
- ▶ Butler J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, Paidós.
- ▶ Cantero-Regalado AB. (2010). *Análisis del abordaje de la perspectiva de género en los planes sanitarios estratégicos elaborados por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, en el período 2005 a 2007*. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia.
- ▶ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010) Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En línea:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

Bibliografia

- ▶ Comtois KA, Ries RK. (1995) Sex differences in dually diagnosed severely mentally ill clients in dual-diagnosis outpatient treatment. *American Journal of Addiction*, 4, 245-253.
- ▶ Ehrenreich B, English D. (1988) *Brujas, comadronas y enfermeras*. Barcelona, Edicions la Sal.
- ▶ Gayle R. (1975) *The Traffic in Women*. En Rayna R. (Ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press.
- ▶ Generalitat de Catalunya. Departament d'Interior. (2010) Enquesta de violència masclista a Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.cat/interior>

Bibliografia

- ▶ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2015). *Enquesta de salut de Catalunya 2013*. Edita Direcció General de Planificació en Salut. En línia: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/esca13_results.pdf
- ▶ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2017) *Informe de Salut 2016*. Barcelona, Edita Direcció General de Planificació en Salut. En línia: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/informedesalut2016.pdf
- ▶ Gómez E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 454-461.

Bibliografia

- ▶ Krieger N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10): 693-700.
- ▶ Krieger N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International journal of epidemiology*, 30(4), 668-677.
- ▶ Larrión JL, de Paúl J. (2000). Mujer, violencia y salud. *Medicina Clínica*, 115(16): 620-4.
- ▶ Lev AI. (2013). Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back. *Clinical Social Work Journal*, 41(3): 288-296.
- ▶ Lorente M. (2007). Violencia de género, educación y socialización: acciones y reacciones. *Revista de Educación*, 342, 19-35.
- ▶ Mas J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2): 059.

Bibliografia

- ▶ McCauley J et al. (1995) The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10):737-46.
- ▶ Navarro V. (ed.) (2004). *The political and social contexts of health*. Amityville, Baywood Publishing.
- ▶ Nicolaidis C, Curry M, McFarland B, Gerrity M. (2004). Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice. *Journal of General Internal Medicine*, 19(8): 819-827.
- ▶ Nieto JA. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona, Edicions Bellaterra.

Bibliografia

- ▶ Nieto JA. (2011). *Sociodiversidad y sexualidad*. Madrid, Talasa.
- ▶ Organización Mundial de la Salud (2002). *Gender and Mental Health* . Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ▶ Organización Mundial de la Salud (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. En línea: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43390>
- ▶ Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. En línea: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Bibliografia

- ▶ Organización Mundial de la Salud (ed.) (2018) *Género y Salud*. [En línea] pàgina web. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender> [consultada, 9 de setembre de 2018].
- ▶ Rigol A. (2003). Saberes de mujeres. Legitimización del conocimiento masculino. *Cultura de los Cuidados. Revista de enfermería y humanidades*, 14:21-26.
- ▶ Rigol A. (2006). El otro cuerpo de la identidad: análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino. *Revista cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y humanidades*, 19:47-55.

Bibliografia

- ▶ Rigol A. (2007). *Mujer y salud Mental*. En Fornés J, Gómez J. (coord.). *Psicopatología, diagnosis y terapéutica psiquiátrica. Enfermería de salud mental y psiquiátrica I*. Madrid, Enfo Ediciones.
- ▶ Rigol A, Galbany P, Fuentes C, Burjales MD, Rodríguez D, Ballester D. (2015). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre violencia de pareja: conocimientos, creencias y rol profesional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3): 527-534.
- ▶ Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3): 60-71.
- ▶ Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. (1997). Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Medicina clínica*, 108(15): 566-571.

Bibliografia

- ▶ Rueda D, García L et al. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención primaria*, 34(3): 117-124.
- ▶ Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(1): 118-125.
- ▶ Ruiz-Cantero MT. (2010). *Sesgos de genero en la atención sanitaria*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- ▶ Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, 18: 4-12.
- ▶ Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C. (2007). Violencia contra la mujer. Consecuencias para la salud, sociales, económicas y repercusión en los servicios de salud y en los profesionales. *Revista clínica electrónica en atención primaria*, (12): 1-5.

Bibliografia

- ▶ Solar O, Irwin A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization.
- ▶ Valls-Llobet C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid, Ediciones Cátedra.
- ▶ Valls-Llobet C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona, De Bolsillo
- ▶ World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Ginebra, World Health Organization. En línia:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1